

## EXCENCIÓN DE INFORMACIÓN DEL FORMULARIO DE BENEFICIO PARA COMIDA

Estimados padres/apoderados:

No existe seguro de salud a precio razonable para niños. Ahora, la mayoría de las familias que trabajan duro para lograr cubrir sus gastos pueden obtener seguro de salud gratuito o a bajo costo para sus hijos.

Es más probable que los niños con seguro de salud reciban las vacunas necesarias y reciban tratamiento cuando están enfermos. Sin tratamiento, estas enfermedades pueden retrasar el aprendizaje del niño y tener efectos para toda la vida. Si ustedes no tienen seguro de salud para su hijo, marquen el casillero de más abajo para recibir información acerca de seguro de salud gratuito y a bajo costo para los niños. **Es importante que entiendan que no están obligados a entregar esta información. Su entrega es estrictamente voluntaria.**

**Seguro de salud**  Sí. Quiero seguro de salud para mi hijo. Los funcionarios del programa pueden dar información de mi Formulario de Beneficio para Comidas a “Medicaid” o funcionarios del programa de seguro de salud del estado para niños. “Medicaid” y los funcionarios del programa de seguro de salud del Estado pueden usar la información para ayudar a determinar si mi hijo es elegible para beneficios bajo “Medicaid” o el programa de seguro de salud del Estado. Funcionarios de “Medicaid” o del programa de seguro de salud del Estado pueden comunicarse conmigo para obtener más información.

Entiendo que entregarán información de mi Formulario de Beneficios para Comida para mi hijo. Cedo mis derechos a tener confidencialidad sólo para este propósito.

Certifico que soy el padre/la madre/el apoderado del niño.

**Firma del padre/la  
Madre/el  
apoderado** \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta del padre/  
La madre/el  
apoderado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_